

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRCUNCISÃO

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

- 1.- Através deste procedimento pretende-se facilitar as relações sexuais e diminuir o risco de sintomas e de infecções.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didáticos.

- 2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia, de cujos riscos serei informado pelo serviço de Anestesiologia.

- 3.- O médico explicou-me que esta intervenção consiste em eliminar a pele do prepúcio que é redundante ou que não permite expor a glândula, com o objectivo de permitir relações sexuais normais, facilitar a higiene e evitar as infecções e eventual futura malignização; a intervenção não exige habitualmente internamento, excepto em crianças.

- 4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: complicações gerais ou locais da anestesia utilizada; infecções da ferida cirúrgica, cuja complicação pode conduzir à perda total do órgão e risco de infecção generalizada, hemorragia, com consequências imprevisíveis, edemas e cicatrizes inestéticas, angulação da extremidade do pénis e lesão uretral, com aparecimento de fístulas.

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma reintervenção, por vezes de urgência, incluindo um risco de mortalidade.

- 5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) _____

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemaker*, medicação actual ou qualquer outra circunstância.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico)

6.- O médico explicou-me que a alternativa é o tratamento médico conservador ou a incisão do prepúcio, mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é a cirurgia.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Nestas condições,

CONSINTO e AUTORIZO
Que me seja realizada CIRCUNCISÃO

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____